

**Diretoria de Assistência à Saúde  
Gerência de Enfermagem e Gestão Assistencial  
Núcleo de Gestão Assistencial**

**Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde  
Termo de Recusa de Visita Domiciliar do Agente Comunitário de Saúde**

Eu \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ estou ciente da  
importância das Visitas Domiciliares (VD) realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS)  
\_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_.

Sei que as informações que o ACS necessita para cumprir com suas atribuições, são referentes aos determinantes de saúde da minha pessoa e minha família e que servem para o Sistema Único de Saúde (SUS) organizar o serviço público de Vigilância em Saúde a toda a população da comunidade em que resido, bem como do Município, Estado e nação. Recuso-me apenas em receber as Visitas Domiciliares do ACS, porém continuarei fazendo uso dos demais serviços de saúde do SUS.

\_\_\_\_\_  
Nome do Usuário

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
1ª Testemunha

\_\_\_\_\_  
2ª Testemunha

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.